



## Fragebogen HYT-Diabetes

Dinah Rodrigues 2014

Name.....  
 Alter .....Gewicht [ kg] Größe [ ] Telefon .....Datum....  
 Adresse.....Stadt.....  
 Staat .....PLZ: .....Email: .....  
 Beruf:.....Yoga LehrerIn?.....

Gibt es Diabetes in Ihrer Familie? .....  
 Diabetes?.... NIDDM [ ] oder IDDM...[ ] seit welchem Alter? .....  
 NIDDM – kontrollieren sie dies nur durch Diät [ ] oder Diät und Medikamente?.. [ ]  
 IDDM insulin-abhängig ... .. Führen Sie Insulin zu? ...[ ]  
 Wie viel täglich? ..... Wie oft am Tag? .....  
 Nehmen Sie orale Medikation? ..... wie oft? .....  
 Nehmen sie noch andere Medikamente? .....  
 .....  
 Mußten Sie einmal wegen einer Diabeteskrise ins Krankenhaus? ..... Wie oft bereits? .....  
 Ist ihre Erkrankung autoimmun bedingt? .....

Haben Sie neurologische Probleme....	[ ]	Welche?.....	
Durchblutungsstörungen.....	[ ]	Probleme der (Wund)Heilung .....	[ ]
Problems in der Halswirbelsäule.....	[ ]	Bandscheibenvorfälle.....	[ ]
Skoliose . .....	[ ]	Lordose.....	[ ]
Probleme mit dem Sehen? .....		Welche ? .....	
Rinitis.....	[ ]	erhöhtes Cholesterol .....	[ ]
Schilddrüsenüberfunktion. ....	[ ]	Sehnenentzündung .....	[ ]
Regelm. Durchfälle .....	[ ]	Bluthochdruck .....	[ ]
Osteoporose .....	[ ]	Osteopenie .....	[ ]

**Für die Evaluation:**

Blutzuckerwert nüchtern .....  
 Blutzuckerwert nach einer Mahlzeit (12h nach dem Essen) .....  
 Glicose Hemoglobin .....  
 Colesterol and fractions .....  
 Triglyzeride .....  
 Creatinin .....  
 Haben Sie diabetische Retinopathie ....?  
 Diabetische Nefropathie ..?  
 Andere gesundheitliche Probleme?.....  
 .....

**Wenn Sie folgende Symptome haben, geben Sie die Intensität mit 0, 1, 2 oder 3 an:**

Irritabilität .....	[ ]	Emotionale Instabilität.....	[ ]
Schlafstörungen.....	[ ]	Kummer.....	[ ]
Ängste.....	[ ]	Panik-Syndrom .....	[ ]
Müdigkeit .....	[ ]	schwache Libido .....	[ ]
Mutlosigkeit .....	[ ]	verminderte Vtalität .....	[ ]
Depression.....	[ ]	Kopfschmerzen.....	[ ]
Herzklopfen .....	[ ]	Gelenkschmerzen .....	[ ]
Migraine .....	[ ]	Impotenz .....	[ ]
Nierenfunktionsstörung .....	[ ]	verlangsamtes Denken .....	[ ]
Hörprobleme ....	[ ]	verminderter Geruchsinn .....	[ ]

Erinnerungsfähigkeit beeinträchtigt .	[ ]	verlangsamte (Wund)Heilung.....	[ ]
Haarausfall .....	[ ]	Trockene Haut .....	[ ]
Augenprobleme .....	[ ]	Kalte Füße .....	[ ]

Tägliche Blutzuckerschwankungen.... [hoher Wert.....niedriger Wert.....]

Wenn diese Informationen in die Studie einfließen werden, wird die persönliche Identität selbstverständlich anonymisiert und geschützt.

Signature: .....